

诊断为肺炎病程长达 11 年的肺原发性淋巴瘤 1 例

Primary Pulmonary Lymphoma Diagnosed as Pneumonia for 11 Years :A Case Report

LI Yin-duo, GAO Rong, HAN Xiao-xiao, LI Han, YANG Jun-ling

李银朵, 高 蓉, 韩晓晓, 李 晗, 杨俊玲

(吉林大学第二医院, 吉林 长春 130022)

主题词: 淋巴瘤; 黏膜相关淋巴组织淋巴瘤; 弥漫性大 B 细胞淋巴瘤; 无反应性肺炎

中图分类号: R733 文献标识码: B

文章编号: 1671-170X(2020)10-0926-03

doi: 10.11735/j.issn.1671-170X.2020.10.B015

肺原发性淋巴瘤(primary pulmonary lymphoma, PPL)为来源于肺实质或支气管淋巴瘤,伴或不伴肺门淋巴结浸润,并在诊断时及随后的 3 个月内无肺外病变^[1-2],肺原发性淋巴瘤临床上较少见,约占全部淋巴瘤的 0.4%,占结外淋巴瘤的 3.6%^[3],其中以黏膜相关淋巴组织淋巴瘤(mucosa associated lymphoid tissue, MALT)最常见,约占 PPL 的 60%~80%;弥漫大 B 细胞淋巴瘤为 PPL 中第二常见,约占 10%~25%。淋巴瘤从病理学上分为霍奇金淋巴瘤和非霍奇金淋巴瘤,大部分为非霍奇金淋巴瘤。文章报道 1 例 PPL 的诊治经过,并结合相关文献,提高临床医生对 PPL 的认识。

1 临床资料

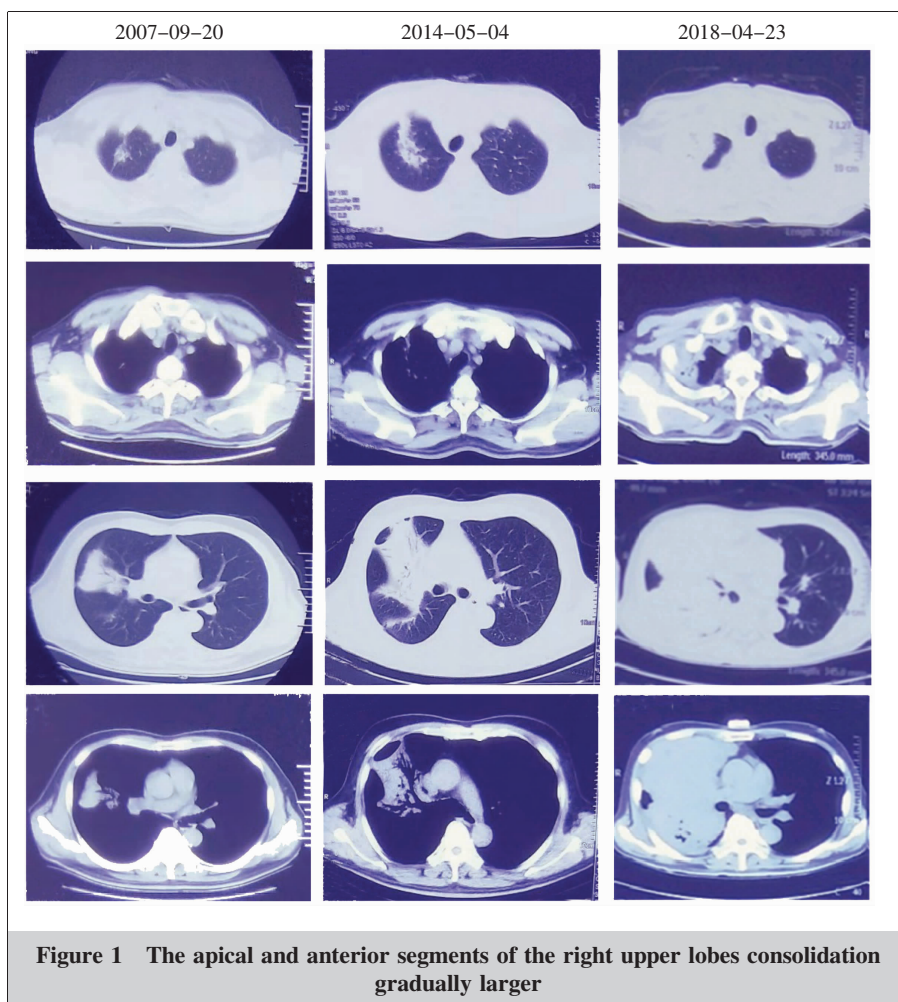
患者,男性,72 岁,因“发现肺部实变影 11 年,间断发热 1 个月”入院。11 年前患者因咳嗽、咳痰,伴发热多次入院,行胸部 CT 检查显示右肺实变影,按肺炎给予抗感染、祛痰等治疗后上述症状好转出院,此后定期复查胸部 CT,肺部实变影较前逐渐增大(Figure 1),未进行相关治疗。1 个月前劳累后出现发热,体温最高达 39℃,伴呼吸困难,伴咳嗽、咳痰,就诊于某三甲医院,行胸部 CT 等相关检查,初

步诊断为“胸腔积液、肺部感染”,给予胸腔穿刺引流术及抗感染、化痰、平喘等治疗后好转出院。5 天前因胸闷症状就诊于某医院,行胸部 CT 示右肺实变、胸腔积液,为求进一步治疗入我科,因老年患者体质较差,入院时血气分析示血氧较低,遂给予胸腔穿刺引流(查脱落细胞)、抗感染、化痰及对症支持治疗,但患者发热症状未见明显好转,为进一步查明原因,行纤维支气管镜检查,病理结果回报示弥漫性大 B 细胞淋巴瘤(非生发中心源性),转至我院肿瘤血液科给予利妥昔单抗注射液(美罗华)靶向治疗联合 CHOP 方案(长春地辛、多柔比星脂质体、环磷酰胺、泼尼松片)化疗。患者在行第二次化疗前行 PET-CT,结果回报:右肺多发结节状、团片状密度增高影,实性部分密度增高影,实性部分伴糖代谢增高,纵隔气管右旁伴糖代谢增高的肿大淋巴结,考虑均为淋巴瘤累及所致,右侧胸膜受累,左侧基底节区腔隙性脑梗塞,左肺上叶尖后段及右肺小叶前基底段炎性索条,左肺上叶尖后段、下叶背段、外基底段胸膜下结节影,考虑均为良性结节。患者完成 4 次化疗后复查胸部 CT 示纵隔淋巴结较前明显减小,右肺实变影未见明显缩小。在第 5 次化疗临床准备前患者出现发热、呼吸困难,行胸部 CT 检查示肺部新出现感染病灶,经抗感染治疗好转后出院,由于患者体质较差,进一步化疗风险较大,患者及患者家属商议后拒绝进一步化疗,暂回家行支持及对症治疗。

2 讨 论

本例患者肺组织病理为弥漫性大 B 细胞淋巴瘤,临床上其发病机制尚不明确,疾病结局、遗传特

通信作者: 杨俊玲, 副主任, 主任医师, 博士; 吉林大学第二医院呼吸与危重症科, 吉林省长春市南关区自强街 218 号(130022);
E-mail: jungling@jlu.edu.cn
收稿日期: 2019-06-20; 修回日期: 2019-07-16



征、细胞起源上是具有高度异质性的侵袭性恶性肿瘤,侵袭性较快,生存时间较短。而此例患者病程长达 11 年,和疾病本身的临床特点不相符,是近期新发生的还是有其他原因?若是近期新发的,那长达 11 年逐渐增大的肺部实变病灶又如何解释?经翻阅文献得知弥漫性大 B 细胞淋巴瘤可以由肺黏膜相关淋巴组织淋巴瘤转化而来^[4]。而肺黏膜相关淋巴组织淋巴瘤表现为惰性的生长生物学过程,有文献报道其收集病例肺黏膜相关淋巴组织淋巴瘤病程为 1.5~108.0 个月,平均 14.0 个月^[5]。本例患者疾病过程缓慢,考虑弥漫性大 B 细胞淋巴瘤由肺黏膜相关淋巴组织淋巴瘤转化而来,原发性肺淋巴瘤中弥漫性大 B 细胞淋巴瘤少见,且此患者病程长达 11 年,属于罕见病例。原发性肺淋巴瘤的临床表现常有咳嗽、咳痰、呼吸困难、发热等症状,有的患者无明显临床症状,从影像学上肺原发性淋巴瘤大致可分为结节肿块型、肺炎或肺泡型、粟粒型、间质型和混合型,

其中结节肿块型最为多见,其次为肺炎肺泡型,混合型少见^[6]。其临床表现及影像学均缺乏特异性,临床上诊断此病困难,入院时往往易误诊为肺炎,在临床工作中考虑为肺炎的患者,经过经验性抗感染治疗后患者胸部 CT 未见明显改变且反复出现肺炎症状时应进一步积极寻因,并考虑淋巴瘤的可能。

本例患者发现肺部实变影 11 年,胸部 CT 示右肺上叶尖段及前段实变范围逐渐增大,反复因咳嗽、咳痰、发热等症状住院,按肺炎给予抗感染、祛痰等治疗。入我院后按社区获得性肺炎治疗后未见好转,及时行纤维支气管镜检查,当临床上考虑社区获得性肺炎,但治疗效果不佳或进一步恶化时,应积极寻找原因,2007 年美国感染病协会 IDSA 和美国胸科协会 ATS 在“成人

社区获得性肺炎诊治指南”^[7]中正式提出了“无反应性肺炎”的概念,其表现为症状恶化或症状无改善两种形式。无反应性肺炎的发病原因主要包括 3 个方面:感染性因素占 40%,非感染性因素占 15.8%,原因不明者占 44.2%^[8]。临床中非感染原因在影像及临床表现上可与社区获得性肺炎类似,包括肺出血、肺水肿、机化性肺炎、血栓栓塞性疾病、嗜酸性粒细胞性肺炎、过敏性肺炎等,但抗感染治疗无效。另外,肺癌尤其是肺泡细胞癌或癌性淋巴管炎也需鉴别^[9-10]。Polverino 等^[11]对无反应性肺炎患者的诊疗程序进行了总结,认为对于无反应性肺炎,入院前 3 天就应该对临床疗效进行初步评价,如果治疗 3 天临床状况无改善或者恶化,则应该认真回顾病史以及实验室检查结果,确定社区获得性肺炎的诊断是否正确。若诊断正确,则应考虑是否为宿主因素或者不常见的病原微生物感染导致的疗效欠佳,例如免疫抑制、高龄、院内感染等因素。然后复查胸部影像学,明确是

否存在新的浸润影、胸腔积液或肺脓肿等表现。若仍不能明确,可考虑纤维支气管镜检查或经皮肺穿刺等有创检查来查找病原微生物。曹莉等^[12]报道分析结果为依据 CT 引导下经皮肺穿刺活检所取得的病原学及病理学结果,病原学检查阳性率达 42.85%,确诊率达 73.81%,对确诊延迟吸收性肺炎、慢性肺炎以及难治性肺炎患者指导针对性抗生素(抗细菌/真菌)治疗,确诊肺结核患者予抗结核治疗,确诊肺癌患者尽早手术治疗或行放化疗,对病原学及病理学检查均阴性患者予停药出院随诊,缩短患者住院时间,降低治疗费用。

该患者病程较长,间断反复出现肺炎症状,连续多年胸部 CT 检查均呈肺实变表现。通过此病例告知临床医生,在临床工作中应警惕肺淋巴瘤临床表现缺乏特异性,影像学具备多态性,病理类型不同,疾病的病程及预后不同,应注意与肺癌、肺结核、结节病、大叶性肺炎等疾病鉴别,随着纤维支气管镜技术、经皮肺穿刺活检、胸腔镜检查等的发展,当发现肺部异常影像学改变,经抗感染等治疗无效时,即使长时间连续观察,肺部病变影像学无明显进展,也应尽早行病理学检查,必要时也可行 PET-CT 检查,为病变的性质及原发部位提供参考。

参考文献:

- [1] Parissis H. Forty years literature review of primary lung lymphoma[J]. J Cardiothorac Surg, 2011, 6(1): 23-31.
- [2] Cardenas-Garcia J, Talwar A, Shah R, et al. Update in primary pulmonary lymphomas [J]. Curr Opin Pulm Med, 2015, 21(4): 333-337.
- [3] Kligerman SJ, Franks TJ, Galvin JR. Primary extranodal lymphoma of the thorax [J]. Radiol Clin North Am, 2016, 54(4): 673-687.
- [4] Tiruneh F, Awan A, Amin R, et al. A rare case of pulmonary mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma transforming into diffuse large b-cell lymphoma[J]. Cureus, 2017, 9(6): e1373.
- [5] Chu HQ, Ren SX, Yi XH. The clinical diagnosis and analysis of pulmonary mucosa associated lymphoid tissue lymphoma[J]. Chinese Journal of Tuberculosis and Respiratory Diseases, 2007, 30(3): 167-169. [褚海青, 任胜祥, 易祥华. 肺黏膜相关淋巴组织型淋巴瘤的临床诊断与分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(3): 167-169.]
- [6] Tang GC. Imaging manifestations of pulmonary lymphoma [J]. Journal of Internal Intensive Medicine, 2015, 21(2): 92-95. [唐光才. 肺淋巴瘤的影像学表现[J]. 内科急危重症杂志, 2015, 21(2): 92-95.]
- [7] Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious diseases society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults (review)[J]. Clin Infect Dis, 2007, 44(2): S27-S72.
- [8] Tomiyama N, Yasuhara Y, Nakajima Y, et al. CT-guided needle biopsy of lung lesions: a survey of severe complication based on 9783 biopsies in Japan[J]. Eur J Radiol, 2006, 59(1): 60-64.
- [9] Franquet T. Imaging of pneumonia: trends and algorithms [J]. Eur Respir J, 2001, 18(1): 196-208.
- [10] Washington L, Palacio D. Imaging of bacterial pulmonary infection in the immunocompetent patient [J]. Semin Roentgenol, 2007, 42(2): 122-145.
- [11] Polverino E, Marti A. Community-acquired pneumonia[J]. Minerva Anesthesiol, 2011, 77(2): 196-211.
- [12] Cao L, Deng B, Wang DY, et al. The clinical value of CT-guided percutaneous lung biopsy in the diagnosis of slowly resolving pneumonia, chronic pneumonia and refractoriness pneumonia[J]. Chinese Medical Journal of Metallurgical Industry, 2016, 33(2): 125-127. [曹莉, 邓斌, 王定勇, 等. CT 引导下经皮肺穿刺活检在延迟吸收性肺炎、慢性肺炎及难治性肺炎诊断中的临床应用分析[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2016, 33(2): 125-127.]